GRAS SAVOYE TÉMÉRIS
Willis Towers Watson

BULLETIN D'ADHESION INDIVIDUEL AUX CONTRATS GROUPES

D'ASSURANCE DE RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE ET DE PROTECTION JURIDIQUE DU SFDO

Information sur l'adhérent assuré au contrat :

NOM : _____ **Prénom :** _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ **Ville** : _____

Email : _____

Tél portable : _____ **Tél cabinet :** _____

Date d'obtention du diplôme : _____

L'assuré :

- ☐ certifie être titulaire d'un titre d'ostéopathe tel que défini par l'article 4 du décret N°2007-435 du 25 Mars 2007,
- ☐ déclare être adhérent au SFDO.
- ☐ Déclare avoir pris connaissance de la notice d'information et CG disponible sur : www.osteopathe-syndicat.fr

L'assuré déclare qu'au cours des 36 derniers mois, il n'a fait l'objet (case à cocher)* :

- ☐ **d'aucune réclamation de dommages corporels de la part de tiers au titre de sa garantie de responsabilité civile.**
- ☐ **d'aucune résiliation pour sinistre de la part de votre (vos) assureur(s) de responsabilité civile précédent(s).**

Le montant de la prime d'assurance à régler, par chèque **à l'ordre de TEMERIS**, est de _____€ pour une date d'effet souhaitée le ____/____/_____. (Se reporter aux tableaux des cotisations)

Les documents et le règlement sont à envoyer à l'adresse suivante :

Gras Savoye Temeris
33 Quai de Dion Bouton
92800 PUTEAUX

Signature et Cachet

Pour toutes questions, contactez-nous :
01 41 43 62 76
sfdo@temeris.fr

* Si l'une des deux cases n'est pas cochée, l'adhésion est soumise à l'accord de l'assureur ALLIANZ